Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1888—1889 учебномъ году.

№ 45.

КЪ ВОПРОСУ
О ТАКЪ НАЗЫВАЕМОМЪ ЛИМФАНГОИТѢ
ПРИ ПЕРВИЧНОМЪ СИФИЛИТИЧЕСКОМЪ ЗАТВЕРДѢНІИ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Сергѣя Яковлевича **КУЛЬНЕВА**.

Цензорами, по порученію Конференціи, были профессоры: Н. П. Ивановскій, В. М. Тарновскій и прив.-доц. М. В. Усковъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія М. М. Стасюлевича, В. О., 2 л., 7.
1889.

Изъ патолого-анатомическаго кабинета Александровской Городской Барачной больницы.

Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1888—1889 учебномъ году.

№ 45.

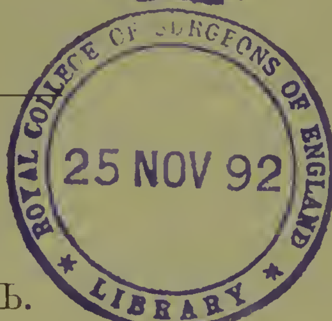
КЪ ВОПРОСУ
О ТАКЪ НАЗЫВАЕМОМЪ ЛИМФАНГОИТѢ
ПРИ ПЕРВИЧНОМЪ СИФИЛИТИЧЕСКОМЪ ЗАТВЕРДѢНІИ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Сергѣя Яковлевича КУЛЬНЕВА.

Цензорами, по порученію Конференціи, были профессоры: Н. П. Ивановскій, В. М. Тарновскій и прив.-доц. Н. В. Усковъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія М. М. Стасюлевича, В. О., 2 л., 7.
1889.

Докторскую диссертацію лекаря Кульнева, подъ заглавіемъ: „Къ вопросу о такъ-называемомъ лимфангоитѣ при первичномъ сифилитическомъ затвердѣніи“, печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. Марта 29 дня 1889 года.

Ученый секретарь *В. Пашутинъ.*

КЪ ВОПРОСУ О ТАКЪ-НАЗЫВАЕМОМЪ ЛИМФАНГОИТѢ ПРИ ПЕРВИЧНОМЪ СИФИЛИТИЧЕСКОМЪ ЗАТВЕРДѢНІИ.

Нѣкоторые прочно и давно установленные клиническіе факты, въ патолого-анатомическомъ смыслѣ, находятъ почти до настоящаго времени далеко несогласныя объясненія. Такъ, вопросъ, какіе сосуды заболѣваютъ при первичномъ склерозѣ, выражаясь клинически, въ формѣ плотнаго, безболѣзненнаго, мѣстами узловатаго снурка, идущаго подъ неповрежденной кожей въ подкожной клѣтчаткѣ, по направленію ближайшихъ лимфатическихъ железъ, вопросъ этотъ, повторяю я, остается до сихъ поръ открытымъ.

Большинство клиницистовъ признаетъ этотъ фактъ за измѣненный лимфатическій сосудъ. Такъ, въ концѣ еще XVIII столѣтія Soemering [1]) говоритъ: „при венерическихъ язвахъ на половыхъ частяхъ иногда заболѣваютъ не только лимфатическія железы, но въ такой же степени и лимфатическіе сосуды, которые, начинаясь отъ glans et praeputio penis, идутъ по спинкѣ ствола и достигаютъ паховой области, вливаясь въ железы. Утолщенные сосуды легко прощупываются въ подкожной клѣтчаткѣ. На lymphangoitis мы должны смотрѣть, какъ на путь слѣдованія венерическаго яда отъ начальной язвы въ ближайшія лимфатическія железы. Мы склонны, впрочемъ, плотные снурки, прощупываемые въ подкожной клѣтчаткѣ penis, скорѣе

---

[1]) Soemering. „De morbis vasorum absorbentiorum corporis humani“. 1795 г.

объяснить измѣненіемъ окружающей ихъ клѣтчатки, нежели страданіемъ самой стѣнки сосуда".

Bacca Berlinghieri [1]) въ 1800 году, затрогивая этотъ вопросъ въ своемъ руководствѣ, „Traité des maladies vénériennes", высказывается за измѣненный лимфатическій сосудъ.

Отецъ сифилидологіи, Рикоръ [2]), въ 1833 г. въ „Lettres sur la syphilis", посвящаетъ занимающему насъ вопросу довольно подробное описаніе; авторъ рисуетъ слѣдующую клиническую картину: „подобно тому, какъ шанкерные бубоны осложняются иногда воспаленіемъ лимфатическихъ сосудовъ, такъ точно при язвахъ твердаго шанкра наблюдаются въ подкожной клѣтчаткѣ плотные, узловатые, безболѣзненные, легко подвижные снурки, принимаемые нами за измѣненные лимфатическіе сосуды. Смѣшать ихъ съ воспаленіемъ другихъ сосудовъ едва ли возможно,—непосредственный переходъ снурковъ въ лимфатическія железы очевиднымъ образомъ указываетъ на лимфатическіе сосуды".

Съ послѣдней фразой Рикора едва ли можно согласиться. Снурокъ наичаще прощупывается у корня penis или на dorsum его; въ ткани же лобка, благодаря богатству подкожнаго слоя жирной клѣтчаткой, теряется всякая возможность прослѣдить дальнѣйшее направленіе снурка.

Dessruelles [3]) въ 1836 г. оспариваетъ мнѣнія приведенныхъ авторовъ и патологическій канатикъ принимаетъ за измѣненіе venae dorsalis penis.

Большей клинической полнотой и подробностью описанія отличается статья Bassereau [4]), въ 1852 г. Авторъ приводитъ всевозможныя доказательства въ пользу лимфатическихъ сосудовъ. „Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, говоритъ Bassereau, развивается нагноеніе на стѣнкѣ подобныхъ сосудистыхъ пучковъ, что ведетъ къ образованію фистулёзныхъ, упорно не поддающихся излѣченію язвъ. На одномъ объектѣ я могъ убѣдиться, что такой фистулёзный канатикъ ни что иное, какъ лимфатическій утолщенный сосудъ, начало котораго рѣзко замѣтно было вблизи твердаго шанкра, другой же конецъ терялся въ

---

[1]) Bacca Berlinghieri. „Traité des maladies vénériennes", 1800 г.
[2]) Ricord. „Lettres sur la syphilis. 28 lettres".
[3]) Dessruelles. „Traité pratique des maladies vénériennes", 1836.
[4]) Bassereau. „Traité des affections de la peau symptomatique de la syphilis".

увеличенныхъ паховыхъ железахъ. Arteriæ и vena dorsalis penis были нормальны".

Придавая громадную цѣнность препарату Bassereau, мы все-таки склонны думать, что описываемый имъ фистулёзный снурокъ не есть обязательно лимфатическій сосудъ, даже при условіи, что дорсальная вена и arteriae были нормальны. Вѣдь въ подкожной клѣтчаткѣ ствола, мѣстѣ локализаціи снурка, проходятъ не одни лимфатическіе сосуды; по даннымъ анатоміи извѣстно, что эта область также богата венными стволиками, которые имѣютъ съ лимфатическими сосудами одинаковое почти направленіе. Наконецъ, на стѣнкѣ венъ можетъ развиться такое же нагноеніе, что̀ поведетъ къ развитію фистулёзныхъ язвъ. Этого, намъ кажется, достаточно, чтобы препарату Bassereau не придавать окончательно рѣшающаго значенія [1]).

Бесядецкій [2]) даетъ подробное гистологическое описаніе сосудистаго пучка. Послѣдній, по словамъ автора, есть несомнѣнно измѣненный лимфатическій сосудъ: „просвѣтъ его съуженъ и занятъ фибринознымъ сверткомъ, составленнымъ изъ нитей фибрина, въ которомъ внѣдрены многочисленныя лимфоидныя клѣтки. Контуръ интимы неясенъ, ткань богата инфильтрированными эксудативными тѣльцами. Muscularis утолщена тѣмъ, что поперечно идущіе пучки ея раздвинуты многочисленными лимфоидными клѣтками, между которыми проходятъ расширенные, поперечно и косо перерѣзанные кровеносные сосуды. Adventitia крайне слабо измѣнена, только кое-гдѣ мѣстами встрѣчаются лимфоидныя клѣтки. Окружающая ткань нормальна. Слѣдствіемъ того, что лимфатическіе сосуды dorsi penis въ своихъ стѣнкахъ имѣютъ свои собственные кровеносные сосуды, измѣненію подвергается только онъ одинъ, независимо отъ окружающей ткани, которая не принимаетъ никакого участія въ процессѣ".

Нѣсколько иное строеніе снурка даетъ намъ Verson [3]) въ своемъ описаніи. Авторъ изслѣдовалъ уплотненный канатикъ, который начинался отъ обширнаго склероза тыльной части praeputii и оканчивался у radix penis.

---

[1]) Въ статьѣ Bassereau говорится, что въ тыльной бороздкѣ проходятъ двѣ вены и одна артерія. Мы думаемъ, что это не больше какъ описка автора. Кому неизвѣстно, что въ sulcus intercavernosa penis проходятъ двѣ артеріи и одна вена.

[2]) Biesiadecki. Sitzungsber. d. k. Ak. zu Wien. 1867 г.

[3]) Verson. Virchow's Archiv. Bd. 45.

„Сосудъ,—говоритъ Verson, обильно инфильтрируется клѣточными, крайне разнообразнаго вида и формы элементами. Окружающая ткань представляла рѣзкія различія въ строеніи. Вблизи сосуда попадались мѣста соединительно-тканнаго характера съ промежутками, наполненными кругловатыми клѣтками. Далѣе видно, что клѣтки измѣняли свою форму, становясь зубчатыми, или снабжены длинными отростками, или же, наконецъ, принимали рѣзко веретенообразно вытянутую форму. Въ однихъ мѣстахъ встрѣчается настоящая сѣтчатая ткань, въ другихъ же видимъ густое и плотное волокнистое строеніе. Кровеносные сосуды сдавлены, съ узкимъ просвѣтомъ; въ адвентиціальномъ слоѣ ихъ масса эксудативныхъ тѣлецъ".

„Подобныя измѣненія,—говоритъ Verson, приходится наблюдать въ ткани начальнаго склероза, относительная плотность котораго зависитъ отъ разращенія соединительной ткани".

Въ приведенномъ описаніи Verson'а вовсе нѣтъ указаній, что сосудъ, проходящій въ измѣненной ткани снурка, долженъ быть непремѣнно лимфатическимъ, какъ объ этомъ говоритъ авторъ.

Ауспицъ и Унна [1]), изслѣдовавшіе тоже микроскопически ткань канатика, приходятъ къ совершенно другимъ выводамъ. „Въ ткани снурка, — говорятъ авторы, не легко отличить кровеносные сосуды отъ лимфатическихъ, такъ какъ весь снурокъ, подобно склерозу, представляетъ разростаніе соединительной ткани, пропитанной въ большомъ количествѣ грануляціонными клѣтками. На препаратахъ видны различной формы и величины зіяющіе промежутки, которые можно принять за лимфатическія пространства или за разрѣзы соковыхъ канальцевъ; снабженные же настоящимъ эндотеліемъ, болѣе замѣтные сосудистые просвѣты принадлежатъ, вѣроятно, поперечнымъ разрѣзамъ лимфатическихъ сосудовъ. Въ обильной клѣточковой массѣ, которой набита ткань канатика, почти не видно кровеносныхъ сосудовъ".

„Апріористическое, ни на чемъ не основанное предположеніе, — продолжаетъ Ауспицъ, что сифилитическій ядъ изъ склероза поступаетъ въ лимфатическіе пути, не имѣетъ подъ собою фактической почвы, такъ какъ никому еще не удалось прослѣдить непосредственный переходъ снурка въ опухшія лимфатическія железы.

---

[1]) Auspitz и Unna. Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis. 1877 г.

Наконецъ, железы при склерозѣ опухаютъ почти всегда, между тѣмъ какъ появленіе снурка принадлежитъ къ особенно рѣдкимъ случаямъ. Канатикъ, по нашему мнѣнію, есть продолженіе склероза по клѣтчаткѣ, въ которой заключены сосуды".

Нейманъ [1]) въ 1885 г., описывая снурокъ, всецѣло принимаетъ его за измѣненный лимфатическій сосудъ.

„Я имѣлъ случай,—говоритъ авторъ, изслѣдовать плотный канатикъ (сопровождающій первичное сифилитическое затвердѣніе), на стѣнкѣ котораго развился buboniculus. Чтобы убѣдиться, что въ данномъ снуркѣ мы имѣемъ сосудъ, а не простой пучекъ соединительной ткани, buboniculus былъ вскрытъ и черезъ полученное отверстіе вставленъ волосокъ, продвинутый по длинѣ канатика. Поперечные срѣзы препарата отчетливо показали, что разсматриваемый канатикъ—сосудъ, стѣнки котораго инфильтрированы круглоклѣточными элементами, просвѣтъ же выстланъ эндотеліемъ. На рядѣ послѣдующихъ препаратовъ можно было легко убѣдиться, что измѣняется не только стѣнка сосуда, но что и просвѣтъ закупоривается вновь образованными, происшедшими отъ разращенія эндотелія клѣтками. Arteriae и vena dorsalis — нормальны". „Эти факты,— говоритъ Нейманъ, совершенно исчерпываютъ спорный вопросъ и заставляютъ въ патологическомъ снуркѣ видѣть измѣненіе только одного лимфатическаго сосуда, въ смыслѣ утолщенія стѣнокъ и закрытія просвѣта, безъ малѣйшаго участія въ процессѣ окружающей соединительной ткани".

По нашему мнѣнію, изъ описанія Неймана, одно очевидно, что въ ткань канатика входитъ сосудъ, но что онъ непремѣнно долженъ быть лимфатическимъ, какъ въ этомъ старается убѣдить авторъ, врядъ ли кто согласится. Нейманъ не приводитъ ни единаго факта, характеризующаго лимфатическіе сосуды и по наличности котораго на препаратахъ можно бы было съ положительностью исключить заболѣваніе вены. Sallé [2]), изъ клиники пр. Фурнье, дѣлая вопросъ о лимфангоитѣ предметомъ своей диссертаціи, къ сожалѣнію, не даетъ ни одного факта къ его рѣшенію.

---

[1]) Neimann. Vierteljahrsschrift f. Dermatol. und Syphilis. 1885 г.

[2]) Essai sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques dans le cours de la syphilis. Thèse. Paris. 1884.

Макроскопическіе препараты, представленные Фурнье [1]), Жульеномъ [2]), Фингеромъ [3]) и прекрасныя клиническія описанія снурка, сдѣланныя Лансеро [4]), Тарновскимъ [5]), Делуаромъ [6]), не выясняютъ въ окончательной формѣ вопроса. Д-ромъ Введенскимъ [7]), въ Русскомъ Сифилодологическомъ и Дерматологическомъ обществѣ, снова былъ поднятъ вопросъ о сифилитическомъ лимфангоитѣ, но, за отсутствіемъ микроскопическихъ препаратовъ, возникшія пренія остались безъ результата.

Въ недавнемъ засѣданіи общества вѣнскихъ врачей, въ декабрѣ 1888 года, д-ръ Лангъ [8]) коснулся разсмотрѣніемъ тѣхъ путей, по которымъ протекаетъ сифилитическій ядъ изъ начальнаго фокуса.

По мнѣнію автора, ихъ существуетъ три: первый—лимфатическіе сосуды, второй—кровеносные и третій—ядъ можетъ заноситься въ ткани блуждающими клѣтками, странствующими по щелямъ соединительной ткани. Авторъ, къ сожалѣнію, не высказываетъ своего взгляда на канатикъ съ точки зрѣнія гистологіи.

Итакъ, въ виду того, что по поводу такъ-называемаго лимфангоита, при первичномъ сифилитическомъ затвердѣніи существуютъ такія далеко несогласныя воззрѣнія, профессоръ Тарновскій предложилъ мнѣ заняться его разрѣшеніемъ.

Нами на цѣломъ рядѣ препаратовъ, взятыхъ отъ больныхъ съ различными свѣжими явленіями сифилиса, былъ прослѣженъ ходъ процесса отъ начала его, когда снурокъ впервые былъ замѣченъ больнымъ, и заканчиваемъ свое изслѣдованіе тѣмъ періодомъ, когда канатикъ едва-едва былъ доступенъ прощупыванію.

Изъ послѣдующаго описанія препаратовъ мы несомнѣнно убѣждаемся, что на образованіе ткани снурка мы должны

---

[1]) Leçons cliniques sur la syphilis. 1881.

[2]) Traité pratique des maladies vénériennes. 86 г.

[3]) Allgemeine Wiener med. Zeitung. 1886 г.

[4]) Ученіе о сифилисѣ, рус. пер. подъ редакц. пр. Тарновскаго. 1877 г.

[5]) Примѣчаніе къ рук. пр. Лансеро. 1877 г.

[6]) Лекціи по сифилису, пер. съ фр. д-ра Федотова. 1887 г.

[7]) Протоколы Русск. Сифилод. и Дермат. общ. за 1885—86 гг. томъ I.

[8]) Lang. Wege und Wandlungen des Syphilis-Contagiums und Bemerkungen zur Syphilistherapie. Докладъ читанъ въ Обществѣ вѣнскихъ врачей 3 декабря 1888 г. Реф. „der Wiener med. Presse".

смотрѣть какъ на результатъ происшедшаго, подъ вліяніемъ сифилиса, воспаленія сосуда, главнымъ образомъ, такъ и окружающей его клѣтчатки. Но не такъ-то легко только отвѣтить на вопросъ, какой же это сосудъ измѣняется: лимфатическій ли, какъ объ этомъ такъ настойчиво говорятъ клиницисты, или, быть можетъ, вена? Трудность рѣшенія происходитъ именно оттого, что мы не знаемъ, какія существуютъ различія въ строеніи тѣхъ и другихъ сосудовъ данной области. Описанія опытныхъ гистологовъ не даютъ намъ данныхъ для распознаванія.

Корниль и Ранвье [1]), напримѣръ, вотъ что говорятъ по этому поводу: „три оболочки, принимаемыя обыкновенно, въ венахъ гораздо менѣе разграничены между собою, чѣмъ въ артеріяхъ. Кромѣ того, вены одного и того же калибра, но изъ разныхъ областей тѣла, не имѣютъ одинаковаго строенія въ томъ смыслѣ, что ихъ эластическіе и мышечные элементы представляютъ, какъ различіе въ расположеніи, такъ и неодинаковость толщины. Ткань интимы венъ состоитъ изъ плоскихъ клѣтокъ, раздѣленныхъ волокнистымъ веществомъ. Muscularis начинается круговидными эластическими волокнами или пластинками, отъ которыхъ отходятъ волоконца, образующія сѣть, въ петляхъ которой расположены гладкія мышечныя волокна и соединительно-тканные пучки. Мышечныя волокна имѣютъ продольное и поперечное направленіе, неодинаковое въ различныхъ сосудахъ. Строеніе лимфатическихъ стволовъ и сосудовъ тождественно съ строеніемъ венъ того же калибра. Въ нихъ тоже различаютъ три оболочки: адвентицію, мышечную изъ волоконъ, имѣющихъ поперечное къ сосуду направленіе и очень тонкую интимамъ, выстланную эндотеліальными клѣтками". Изъ приведеннаго описанія видно, какъ трудно, руководствуясь этими данными, отличить лимфатическій сосудъ отъ вены.

Почти то же говоритъ и Штриккеръ [2]) о строеніи сосудовъ. „Клѣточковая оболочка венъ состоитъ изъ многоугольныхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ, которыя хотя и короче соотвѣтственныхъ элементовъ артеріи, но зато шире ихъ. Упругая

---

[1]) Корниль и Ранвье. Руководство патологической гистологіи, пер. съ фр. Холмскаго, подъ ред. пр. Ивановскаго, ч. I. 1882 г.

[2]) Штриккеръ. Руководство къ ученію о тканяхъ человѣка и животныхъ. Пер. съ нѣм. подъ ред. пр. Заворыкина. 1873 г.

внутренняя оболочка, какъ въ венахъ, такъ и въ артеріяхъ лежитъ подъ эндотеліемъ и яснѣе выражена въ мелкихъ сосудахъ. Оболочка эта имѣетъ характеръ нѣжной, довольно рыхлой сѣти, съ преобладаніемъ продольной волокнистости; между ней и эндотеліемъ лежитъ внутренняя продольно-волокнистая оболочка, рѣзче выраженная въ артеріяхъ, нежели венахъ. Относительно участія мышцъ въ образованіи венной стѣнки существуютъ крайнія разнообразія: есть вены съ рѣзко выраженной мышечной оболочкой, но зато встрѣчаются и такія, которыя совершенно ее не имѣютъ. Adventitia, подобно артеріямъ, состоитъ изъ перекрещивающихся волокнистыхъ пучковъ съ преобладаніемъ продольнаго направленія. Въ нѣкоторыхъ венахъ оболочка эта содержитъ еще кромѣ того мышечные пучки.

Стѣнки лимфатическихъ сосудовъ устроены почти также, какъ и у кровеносныхъ сосудовъ. Въ нихъ различаютъ intima, богатую упругими волокнами и имѣющую одинъ слой плоскаго эндотелія, затѣмъ—media, состоящую только изъ однихъ мышечныхъ элементовъ, съ рѣзко поперечнымъ къ сосуду направленіемъ, и adventitia, образуемую рыхлой соединительной тканью".

Въ приведенномъ описаніи лимфатическихъ сосудовъ и венъ, какъ видно, въ строеніи ихъ существуетъ настолько тѣсное сходство, что на микроскопическихъ препаратахъ легко возможно принять одинъ сосудъ за другой. Въ цѣляхъ выясненія, насколько велико это тождество, или, быть можетъ существуютъ хотя детальныя различія въ строеніи сосудовъ разсматриваемой области dorsum penis, нами былъ сдѣланъ цѣлый рядъ инъекцій на трупахъ, какъ сосудовъ, такъ и самой ткани. Для лимфатическихъ сосудовъ бралась ртуть, для венъ—восковая, окрашенная берлинской лазурью масса (подобнымъ составомъ наливаются сосуды въ кабинетѣ пр. Таренецкаго), для тканевыхъ впрыскиваній—растворъ желатины [1]). При инъекціи лимфатическихъ сосудовъ ртутью, мы

---

[1]) Растворъ приготовлялся слѣдующимъ образомъ: куски чистой, французской желатины опускались на полчаса въ дистиллированную воду, откуда побухшую, слизистую массу переносили въ чистый стаканчикъ, погруженный на пробкѣ въ водяной банѣ; послѣдняя все время нагрѣвалась спиртовой лампочкой. Черезъ часъ желатинная масса превращалась въ густую жидкость, профильтрировывалась черезъ чистую тряпочку и втягивалась въ обыкновенную Правацов-

пользовались обыкновенной небольшой стеклянной воронкой, на отттянутый носикъ которой насаживалась толстая резиновая трубка; въ другой же конецъ трубки вставлялась, нѣсколько толще обыкновенной, праватцовская игла (подобныя иглы употребляются теперь при глубокихъ мышечныхъ впрыскиваніяхъ большихъ дозъ ртути).

Наполнивъ воронку ртутью и пропустивъ ее черезъ всю длину трубки, игла вкалывалась въ подкожную клѣтчатку, въ которой ртуть, попадая по щелямъ ткани, образовывала различной формы возвышенія. Лишь только игла проникала въ просвѣтъ лимфатическаго сосуда, ртуть быстро пробѣгала по сосуду и не только доходила до лимфатической железы, но даже входила въ самую ткань ея. (Подобный способъ наливки сосудовъ предложенъ Саппеемъ [1]) въ „Traité d'anatomie descriptive). Инъецируя такимъ образомъ, мы получили два довольно хорошихъ препарата, прекрасно иллюстрирующихъ не только направленіе лимфатическаго сосуда, но и отношеніе его къ подкожной венѣ [2]), (вена была налита восковой массой). Изъ налитыхъ сосудовъ вырѣзывались небольшіе куски, которые уплотнялись въ абсолютномъ спирту. окрашивались затѣмъ квасцовымъ карминомъ. Изъ нихъ приготовлялись срѣзы, которые заклеивались въ фотоксилинѣ. Тканевые препараты обрабатывались такимъ же способомъ.

На цѣломъ рядѣ полученныхъ срѣзовъ, намъ, какъ относительно строенія лимфатическихъ сосудовъ и венъ, такъ и отношенія ихъ къ окружающей ткани, удалось подмѣтить нѣкоторыя особенности, которыя состоятъ въ слѣдующемъ: стѣнки лимфатическихъ сосудовъ гораздо тоньше и очень бѣдны мышечными элементами; ихъ muscularis состоитъ изъ одного или двухъ рядовъ мышечныхъ клѣтокъ, идущихъ рѣзко циркулярно къ сосуду. Adventitia богата эластическими волокнами и ея

скую спринцовку; быстро вкалывая иглу въ подкожную клѣтчатку, равномѣрнымъ медленнымъ давленіемъ на поршень жидкость вводилась въ ткань и разливалась по тканевымъ щелямъ. До впрыскиванія penis все время покрывался тряпочками, смоченными въ горячей водѣ. Черезъ часъ желатина твердѣла и можно было вырѣзывать произвольной толщины куски кожи съ подкожной клѣтчаткой. На нѣкоторыхъ налитыхъ сказаннымъ способомъ препаратахъ, вена инъецировалась желатиной, окрашенной тушью въ черный цвѣтъ.

[1]) Sappey. Traité d'anatomie descriptive.

[2]) Препараты были демонстрированы въ Русскомъ Сифилидологич. и Дерматол. Обществѣ въ апрѣлѣ 1888 года.

соединительно-тканные пучки настолько тѣсно сливаются съ окружающею тканью, что совершенно трудно сказать, гдѣ оканчиваются границы сосуда; ткань adventitia незамѣтно переходитъ въ пучки окружающей соединительной ткани.

Стѣнки венъ толще. Intima, кромѣ клѣточковой оболочки, содержитъ еще подъэндотеліальную густую сѣтку, составленную изъ волокнистой ткани съ примѣсью эластичныхъ волоконъ. Въ muscularis мышечные пути идутъ по тремъ направленіямъ: косвенно, продольно и поперечно къ сосуду; слой циркулярныхъ волоконъ преобладаетъ. Adventitia составлена изъ волокнистыхъ и кое-гдѣ мышечныхъ пучковъ, границы ея рѣзко очерчены отъ окружающей ткани.

Итакъ, по результатамъ нашихъ изслѣдованій, главное и существенное различіе въ строеніи тѣхъ и другихъ сосудовъ лежитъ въ мышечной оболочкѣ, которая въ лимфатическихъ сосудахъ тоньше и состоитъ изъ одного или двухъ рядовъ циркулярныхъ мышечныхъ волоконъ; въ венахъ же мышечные пучки идутъ по тремъ различнымъ направленіямъ.

На основаніи этого признака мы признаемъ, что сосудъ, проходящій въ центрѣ снурка, прощупываемаго при первичномъ сифилитическомъ затвердѣніи, гораздо въ бо̀льшей степени отвѣчаетъ по своему строенію венѣ, нежели лимфатическому сосуду. Изъ послѣдующаго описанія микроскопическихъ препаратовъ канатика ясно видно насколько мышечная оболочка сосуда богата мышечными пучками, идущими въ трехъ различныхъ направленіяхъ, чего никогда не бываетъ въ стѣнкѣ лимфатическихъ сосудовъ. На самый снурокъ мы смотримъ, какъ на воспаленіе вены, endophlebitis, и окружающей ее клѣтчатки. Теперь, прежде чѣмъ приступить къ описанію предмета нашихъ изслѣдованій, считаемъ нужнымъ сдѣлать маленькое замѣчаніе по поводу Ауспицъ и Унна, которые въ препаратѣ Бяседецкаго принимаютъ воспаленіе venam dorsalem penis.

Съ этимъ мы никакъ не можемъ согласиться, если вспомнимъ топографію этой области. Прощупываемый снурокъ лежитъ непосредственно подъ кожей, въ stratum subcutaneum, въ рыхлой легко подвижной клѣтчаткѣ, между тѣмъ какъ вена dorsalis находится въ 3 слоѣ, подъ фасціей penis и лежитъ въ sulcus, образованной кавернозными тѣлами. Если поэтому при ulc. induratum и заболѣваетъ вена, то никакъ не вена dorsalis, а vena subcutanea, которая проходитъ въ подкожной клѣт-

чаткѣ чаще по dorsum, иногда же по одной изъ боковыхъ поверхностей penis, доходитъ затѣмъ до корня ствола и впадаетъ въ venam pudendam externam или въ поверхностныя вены живота.

Скажемъ теперь нѣсколько словъ относительно способа обработки препаратовъ. Нѣкоторые свѣжевырѣзанные куски держались сначала въ Флеминговой жидкости и затѣмъ переносились въ абсолютный спиртъ; другіе же погружались въ Мюллеровскую жидкость съ послѣдующимъ уплотнѣніемъ въ спирту. Окрашивались препараты en masse квасцовымъ карминомъ и заклеивались въ растворѣ фотоксилина.

Нѣкоторые срѣзы подвергались двойной окраскѣ, сначала карминной, а затѣмъ уже переносились въ водный растворъ эозина.

Приготовлялись какъ поперечные, такъ и продольные срѣзы, но послѣдніе относятся къ наиболѣе неудачнымъ потому, что благодаря неравномѣрной инфильтраціи ткани снурка, крайне трудно было помѣстить препаратъ такъ, чтобы разрѣзъ приходился параллельно оси сосуда.

НАБЛЮДЕНІЕ 1.

Солдатъ Клиническаго госпиталя, Ч., 30 лѣтъ, въ декабрѣ 1888 года замѣтилъ ссадину на внутреннемъ листкѣ praeputii, появившуюся не ранѣе трехъ недѣль послѣ послѣдняго coitus. Въ дальнѣйшемъ теченіи ссадина увеличилась, сдѣлалась плотною, явилась припухлость железъ въ правомъ паху и больной поступилъ въ клинику профессора Тарновскаго.

Status praesens. На внутреннемъ листкѣ praeputii поверхностная язва круглаго очертанія, съ 10-копѣечную монету величиною; центръ ея покрытъ сѣровато-желтымъ клейкимъ распадомъ; края окружены рѣзкимъ вишневаго цвѣта вѣнчикомъ; въ днѣ язвы прощупывается характерное пергаментное уплотнѣніе. Отступя сантиметра на $1^1/_2$ отъ краевъ язвы въ подкожной клѣтчаткѣ dorsi penis, проходитъ безболѣзненный, хрящеватой плотности, съ гусиное перо толщиной, снурокъ, который, идя вверхъ до symphis'а, теряется въ клѣтчаткѣ лобка. Покрывающая кожа неизмѣнена и свободно захватывается въ складку. Правыя паховыя железы увеличены, плотны и безболѣзненны. Общихъ явленій еще нѣтъ.

Съ согласія больного вырѣзанъ небольшой въ $1/2$ сантиметра длины кусокъ снурка. Въ послѣдующемъ теченіи не произошло особенныхъ осложненій; рана зажила почти per prima intentionem, отложившійся же къ мѣсту разрѣза инфильтратъ, постепенно разсасываясь, исчезъ приблизительно черезъ два мѣсяца. Вырѣзанный кусокъ плотенъ, сѣраго цвѣта, безъ видимаго просвѣта въ мѣстѣ поперечнаго срѣза.

Микроскопическое изслѣдованіе.

А. Центръ снурка, соотвѣтствующій просвѣту вены, выполненъ мелко-зернистой, окрашенной эозиномъ массой, въ которой видно много разнообразной формы интенсивно окрашенныхъ гомогенныхъ ядеръ и кое-гдѣ разбросаны красные кровяные шарики.

В. Зернистая масса окружена въ видѣ пояса неправильнымъ, мѣстами прерывающимся кольцомъ, состоящимъ изъ одного слоя гомогенныхъ, разной формы глыбокъ, которыя, будучи блѣдно окрашены квасцовымъ карминомъ, лежатъ, за рѣдкимъ исключеніемъ, въ одинъ слой. Въ каждой почти глыбкѣ просвѣчиваетъ большое, круглое, тоже почти гомогенное, рѣзко ограниченное ядро и только кое-гдѣ на препаратахъ ядра эти сохранили слѣды крупной зернистости. Описанный гомогенный поясъ мы признаемъ за гіалиново-перерожденный эндотелій сосуда.

С. Слѣдующій кнаружи слой, толщиной въ діаметръ центральной массы, состоитъ изъ интенсивно красящейся эозиномъ, крупно зернистой, волокнистой сѣти, съ крайне бѣднымъ содержаніемъ клѣточныхъ элементовъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ этого слоя находятся, какъ зрѣлыя соединительно-тканныя волокна, такъ и волокна эластической ткани, съ разбросанными кое-гдѣ красными кровяными шариками. Внутренняя граница описываемаго пояса въ бо́льшей части своей окружности умѣренно пронизана овальной формы клѣтками, имѣющими маленькое, круглой, овальной или четвероугольной формы ядрышко. Мѣстами этотъ слой, черезъ сказанные выше перерывы эндотелія, соединяется съ центральной зернистой массой. Наружная граница, за рѣдкими исключеніями, представляетъ рѣзкую, почти круговую линію.

D. Затѣмъ идетъ почти такой же ширины поясъ плотносидящихъ клѣтокъ, бо̀льшею частью многоугольной, мѣстами овальной формы, съ довольно хорошо окрашенной протоплазмой, въ которой видно большое, круглое ядро, имѣющее, во всѣхъ почти клѣткахъ, ясную зернистость. Клѣтки этого слоя вообще расположены такъ, что болѣе крупныя находятся у внутренняго края кольца, мелкія же—у периферіи.

E. Въ слѣдующемъ слоѣ обрисовывается правильное кольцо, состоящее изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, съ ихъ характерными палочковидными ядрами. Волокна идутъ, какъ продольно, такъ и поперечно къ сосуду; послѣднее, впрочемъ, рѣзче. Слой этотъ какъ разъ приходится по краю поля зрѣнія (Гартнакъ $^3/_7$).

G. Самый наружный поясъ представляетъ рыхлая соединительная ткань, петли которой густо пронизаны такими же эпителіоидными клѣтками, какъ и въ слоѣ лежащемъ кнутри отъ мышечной оболочки.

F. Еще далѣе къ периферіи идетъ уже плотная, соединительная ткань, составленная изъ толстыхъ компактныхъ пучковъ, съ заложенными клѣточными элементами.

Итакъ, въ представленной нами картинѣ мы принимаемъ подъ лит. *A* тромбъ; кольцо *B*, какъ выше сказано—гіалиново-перерожденный эндотелій. *C* и *D*—ткань интимы, настолько сильно инфильтрированная эпителіоидными клѣтками, что въ наружныхъ своихъ слояхъ она состоитъ сплошь изъ однихъ только клѣточныхъ элементовъ. Лит. *E*—мышечное кольцо mediae; *G*—инфильтрированная адвентиція и, наконецъ, *F*—окружающая сосудъ клѣтчатка. Теперь скажемъ нѣсколько словъ о тѣхъ особенностяхъ, которыя замѣчаются на нѣкоторыхъ срѣзахъ, а именно: ткань mediae на многихъ мѣстахъ прерывается и даетъ путь къ сообщенію ткани интимы съ adventiti'ей. Въ такихъ мѣстахъ мышечные пучки значительно раздвигаются эпителіоидными клѣтками, чѣмъ нарушается непрерывность и компактность mediae. Далѣе, нерѣдко можно встрѣтить, что въ образованныя сказаннымъ образомъ перемычки, составленныя изъ клѣтокъ, входятъ капилляры, содержащіе въ одинъ слой кровяные шарики. Капилляры проходятъ черезъ всю толщу инфильтрированнаго наружнаго слоя интимы и, какъ исключеніе, достигаютъ внутренняго кольца ея, описаннаго подъ лит. *C*. Въ окружности сосуда, какъ выше сказано, замѣчаются компакт-

ные пучки соединительной ткани, промежутки которыхъ то обильно инфильтрированы мелкими клѣтками, представляющими переходныя формы къ овальнымъ веретенообразнымъ и даже плоскимъ тѣламъ соединительной ткани, то выполнены сѣткой фибрина. Подобный общій характеръ картины мѣстами нарушается просвѣтами сосудовъ, въ окружности которыхъ встрѣчаемъ тѣ же значительныя клѣточковыя скопленія. Артеріи пусты, вены же всюду густо набиты красными кровяными шариками. На немногихъ срѣзахъ видны неясные слѣды кровоизліяній, въ формѣ ряда анастомозирующихся полосъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, лежащихъ между волокнами соединительной ткани.

Изъ изложеннаго описанія слѣдуетъ, что въ ткани снурка прежде всего заболѣваетъ вена, интима которой претерпѣваетъ наиболѣе рѣзкія измѣненія; ткань ея васкуляризируется, пронизывается грануляціонными элементами, которые особенно скучиваются толстымъ слоемъ на периферіи оболочки, между нею и мышечнымъ слоемъ.

Эндотелій вены подвергается гіалиновому перерожденію, просвѣтъ заполняется тромбомъ. Послѣдовательно наступаютъ измѣненія, какъ въ другихъ оболочкахъ сосуда, такъ и въ окружающей ткани, въ формѣ значительной инфильтраціи клѣточными элементами, съ наклонностью къ переходу послѣднихъ въ молодыя тѣла соединительной ткани.

НАБЛЮДЕНІЕ 2.

Крестьянинъ Ярославской губерніи, Н., въ концѣ сентября 1887 г. замѣтилъ язву на половыхъ частяхъ, которая появилась не ранѣе мѣсяца послѣ послѣдняго coitus. Въ срединѣ октября поступилъ въ клинику проф. Тарновскаго.

Status praesens. Ulcus induratum praeputii; phymosis. Въ лѣвомъ паху пакетъ плотныхъ припухшихъ железъ. На боковой поверхности penis слѣва въ подкожной клѣтчаткѣ прощупывается твердый, мало болѣзненный снурокъ, съ карандашъ толщиной, который, начинаясь отъ ближайшей окружности язвы, идетъ сначала по боковой поверхности кавернозныхъ тѣлъ, затѣмъ, по срединѣ penis, переходитъ на тылъ ствола, откуда прямолинейно доходитъ до лобка, теряя въ жирной клѣтчаткѣ послѣдняго свое дальнѣйшее направленіе. Общихъ

явленій нѣтъ. Въ ноябрѣ мѣсяцѣ на кожѣ туловища развился папулёзный сифилидъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Вырѣзанный снурокъ представляетъ изъ себя на разрѣзахъ соединеніе двухъ, такъ-сказать канатиковъ, относительно очень толстыхъ и рѣзко отличающихся отъ окружающей ткани, какъ сравнительно болѣе слабой окраской, такъ и бо̀льшей просвѣчиваемостью, при разсматриваніи препаратовъ съ малыми увеличеніями. При большихъ же увеличеніяхъ (Гартнакъ $^3/_7$) границы канатиковъ почти неуловимы. Ткань ихъ состоитъ изъ рыхлыхъ соединительно-тканныхъ пучковъ, обильно инфильтрированныхъ различной, но болѣе всего звѣздчатой формы элементами; послѣдніе имѣютъ большое круглое ядро и мелко зернистую протоплазму. На нѣкоторыхъ препаратахъ въ центрѣ одного изъ канатиковъ рѣзко обрисовывается поперечный разрѣзъ вены, имѣющей довольно характерную, состоящую изъ продольныхъ, косыхъ и концентрическихъ пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ media, которая образуетъ совершенно правильный кругъ. Внутренній слой ея переходитъ въ довольно рыхлую, мало инфильтрированную клѣтками, соединительную ткань.

Центръ сосуда представляетъ одно почти сплошное скопленіе различной формы клѣтокъ. Въ adventitia и media вены обрисовываются тѣ же явленія, хотя и въ меньшей степени, инфильтраціи ткани клѣтками.

Въ окружности описанныхъ канатиковъ замѣчаются мѣстами весьма обильныя скопленія клѣтокъ, которыя, то располагаются вокругъ расширенныхъ сосудовъ, образуя около нихъ концентрическіе пояса, то залегаютъ среди пучковъ соединительной ткани въ формѣ полосъ, идущихъ по разнымъ направленіямъ. Между вновь образованными различной формы клѣтками можно прослѣдить на препаратахъ постепенный переходъ молодыхъ, круглыхъ элементовъ въ плоскія тѣла соединительной ткани.

Итакъ, въ данномъ случаѣ, происходитъ въ ткани канатика не только измѣненіе вены, но въ значительной степени воспаленіе и окружающей ее клѣтчатки.

НАБЛЮДЕНІЕ 3.

Крестьянинъ Псковской губерніи, Т., 40 лѣтъ, въ январѣ 1887 г. замѣтилъ язву на половыхъ частяхъ, послѣ которой явилась опухоль железъ въ паху. Въ февралѣ мѣсяцѣ поступилъ въ клинику проф. Тарновскаго.

Status praesens: на кожѣ praeputii замѣчается большая, покрытая сальнымъ отдѣляемымъ и съ рѣзко выраженнымъ хрящеватымъ уплотнѣніемъ въ основаніи язва, почти отъ самой периферіи которой въ подкожной клѣтчаткѣ проходитъ небольшой, узловатый, безболѣзненный канатикъ, прямолинейно идущій до symphys'а и теряющійся затѣмъ въ клѣтчаткѣ лобка. Снурокъ плотной консистенціи на своемъ пути даетъ овальныя утолщенія, каковыхъ на всемъ видимомъ протяженіи канатика можно насчитать около трехъ. Покрывающая кожа неизмѣнена. Въ пахахъ плеяды железъ, высыпь roseol'ы на кожѣ туловища. Angina erythematosa.

Съ согласія больного вырѣзанъ небольшой кусокъ снурка; рана зажила per primam intentionem. Послѣ шести глубокихъ инъекцій каломеля, по grj на впрыскиваніе, всѣ явленія сифилиса исчезли и больной черезъ $1^1/_2$ мѣсяца оставилъ клинику.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Въ центрѣ канатика на разрѣзахъ встрѣчаемъ вену съ хорошо сохранившимся и притомъ рѣзко выраженнымъ, довольно толстымъ, большею частью циркулярно идущимъ, мышечнымъ слоемъ. Все то, что лежитъ кнутри отъ muscularis, представляетъ при малыхъ увеличеніяхъ массу, сплошь составленную изъ мелкихъ кругло-клѣточковыхъ элементовъ. Подобныя же клѣтки, но только нѣсколько болѣе крупной формы, густо залегаютъ въ adventitiam и почти сплошнымъ, рѣзкимъ кольцомъ окружаютъ media. При большихъ увеличеніяхъ, центральная масса распредѣлена какъ-бы отдѣльными, близко лежащими фокусами, среди которыхъ пробѣгаютъ по направленію радіусовъ, мѣстами по направленію различныхъ хордъ, тонкія волокна соединительной и эластической ткани, мѣстами сопровождаемыя мелкими сосудистыми вѣточками. Самые фокусы составлены изъ одного почти сплошного скопленія

клѣтокъ, мелкихъ, круглыхъ, рѣже овальной формы, съ рѣзко выраженными круглыми ядрами. Клѣтки, лежащія на периферіи, т.-е., ближе къ мышечному слою, значительно крупнѣе и болѣе продолговатой формы. Этотъ видимый переходъ клѣтокъ перваго рода, т.-е., мелкихъ, во второй, только что описанный, происходитъ довольно постепенно. На одномъ изъ срѣзовъ попался въ этомъ слоѣ поперечно-перерѣзанный сосудъ, въ строеніи котораго замѣчается одна только эндотеліальная стѣнка. Въ съуженномъ, едва видимомъ просвѣтѣ вены лежитъ до шести красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. На двухъ препаратахъ между mediae и описаннымъ клѣточковымъ слоемъ, признаваемымъ нами за измѣненную интиму, идетъ широкій поясъ волокнистой, частью эластической ткани, который, не образуя правильнаго круга, вдается въ формѣ серповиднаго утолщенія въ центральную клѣточковую массу; ткань его значительно менѣе инфильтрирована круглоклѣточковыми молодыми элементами. Мы считаемъ этотъ поясъ за клапанъ вены.

Описываемый снурокъ представляетъ еще ту особенность, что на нѣкоторыхъ препаратахъ встрѣчаются разрѣзы двухъ венъ, причемъ діаметръ одной изъ нихъ много меньше. Въ этой второй венѣ замѣчаются тѣ же измѣненія, только у нея мышечный слой сконцентрированъ мѣстами до того, что вену нельзя узнать. Но, по попадающимся сегментамъ mediae, съ тремя слоями мышечныхъ волоконъ и, самое главное, что на рядѣ срѣзовъ можно прослѣдить сліяніе второго сосуда съ первымъ, мы имѣемъ всѣ основанія принять описываемый сосудъ за вѣтку главнаго ствола вены.

Adventitia и мышечная оболочка венъ представляютъ тѣ же, кое-гдѣ мѣстами, клѣточковыя скопленія.

Что касается окружающей сосудъ ткани, то измѣненія ея далеко не имѣютъ характера разлитой инфильтраціи. Напротивъ, клѣтки скучены разсѣянными группами, которыя во многихъ мѣстахъ анастомозируютъ клѣточковыми полосами. Клѣточные элементы—крайне неодинаковой формы, начиная отъ мелкокруглой, овальной, веретенообразной и, наконецъ, можно встрѣтить совершенно зрѣлыя плоскія тѣла соединительной ткани.

Мелкія вены расширены и содержатъ кровяныя тѣльца. Артеріи спавши.

Итакъ, изъ описанія слѣдуетъ, что въ ткани канатика поражена вена, интима которой претерпѣла наиболѣе рѣзкія измѣненія.

2*

НАБЛЮДЕНІЕ 4.

Отставной солдатъ Н., 40 лѣтъ, въ февралѣ 1887 г. получилъ твердый шанкръ, съ которымъ въ мартѣ поступилъ въ клинику проф. Тарновскаго.

Status praesens: Разсасывающійся склерозъ praeputii. У корня penis, на протяженіи одного сантиметра, прощупывается въ подкожной клѣтчаткѣ плотный, безболѣзненный, съ карандашъ толщиною снурокъ, который, дугообразно направляясь въ сторону правыхъ паховыхъ железъ, не доходя до нихъ, теряется въ жирной клѣтчаткѣ лобка. Въ пахахъ плеяда железъ. На туловищѣ высыпь мелко папулёзнаго сифилида. Съ согласія больного у корня penis вырѣзанъ въ $^1/_2$ сант. длины кусокъ снурка.

Микроскопическое изслѣдованіе.

На поперечныхъ срѣзахъ снурка видимъ волокнистую, мѣстами круглоклѣточными элементами инфильтрированную соединительную ткань, въ которой заложены четыре довольно крупныхъ сосуда.

По расположенію мышечныхъ элементовъ въ мышечной оболочкѣ, которые лежатъ въ три слоя съ различнымъ къ сосуду направленіемъ, но съ преобладаніемъ циркулярнаго слоя волоконъ, мы принимаемъ эти сосуды за вены. Въ стѣнкахъ ихъ замѣчаются довольно рѣзкія измѣненія: адвентиція, инфильтрированная различной формы клѣтками, довольно ясно очерчивается въ формѣ круга отъ окружающей, сравнительно менѣе измѣненной, волокнистой соединительной ткани. Клѣтки болѣе круглой, мѣстами веретенообразной формы съ большимъ ядромъ и мелкозернистой протоплазмой. Тотъ же характеръ инфильтраціи наблюдаемъ и въ мышечной оболочкѣ, только на нѣкоторыхъ препаратахъ ткань ея пронизываютъ поперечно перерѣзанные капилляры, содержащіе красные кровяные шарики. Кнутри отъ muscularis лежитъ толстый слой молодой соединительной ткани, составленной изъ густолежащихъ веретенообразныхъ клѣтокъ, переплетенныхъ тонкими, нѣжными волоконцами, среди которыхъ пробѣгаютъ продольно и поперечно перерѣзанные капилляры. Среди описываемой ткани встрѣчаются

различной формы и величины щели, выстланныя толстыми эндотеліальными клѣтками, въ которыхъ лежатъ красныя кровяныя тѣльца. Щели эти, принимаемыя нами за вновь образованные просвѣты сосуда, лежатъ на различномъ отъ мышечнаго слоя разстояніи и на немногихъ срѣзахъ занимаютъ самый центръ сосуда. Между просвѣтами проходятъ нѣжные пучки молодой соединительной ткани. На нѣкоторыхъ срѣзахъ, гдѣ просвѣтъ помѣщается очень близко къ мышечной оболочкѣ, выражаясь въ формѣ полулунной щели, центральная масса, состоящая изъ молодой соединительной ткани, тоненькимъ мостикомъ соединяется съ тканью интимы. Въ окружности измѣненныхъ описаннымъ образомъ сосудовъ, среди соединительно-тканныхъ пучковъ встрѣчаются бо̀льшей или меньшей величины скопленія различной формы грануляціонныхъ элементовъ, которые наичаще окружаютъ расширенныя вены. На нѣкоторыхъ препаратахъ бросаются въ глаза обширныя кровоизліянія, въ центрѣ которыхъ проходятъ поперечно-перерѣзанные сосуды. По длинѣ и окружности нервныхъ и мышечныхъ пучковъ, пробѣгающихъ среди волоконъ соединительной ткани, встрѣчаются обильные клѣточные инфильтраты, въ разныхъ стадіяхъ своего развитія. По времени развитія описанная картина ткани канатика отвѣчаетъ періоду организаціи тромба. Сосудъ становится проходимымъ, въ немъ возстановляется просвѣтъ. Ткань интимы сильно утолщается и состоитъ изъ молодой соединительной ткани, которая вдается многими ножками во вновь образованныя щели.

Измѣненія другихъ оболочекъ и окружающей ткани выражены въ болѣе слабой степени, но вездѣ мы видимъ наклонность клѣточнаго инфильтрата къ переходу въ молодую соединительную ткань.

НАБЛЮДЕНІЕ 5.

Мѣщанинъ М., 48 лѣтъ, въ сентябрѣ 1888 г., черезъ 20 слишкомъ дней p. coitu, замѣтилъ язву на половыхъ частяхъ, послѣ которой мѣсяца черезъ полтора появилась сыпь на тѣлѣ и болѣло горло. Въ ноябрѣ поступилъ въ клинику проф. Тарновскаго.

Status praesens. Едва видимые слѣды склероза въ sulc. retroglandul. penis. Въ подкожной клѣтчаткѣ dorsi ствола

прощупывается тоненькій, съ вязальную иглу толщиной канатикъ, который, по словамъ больного, раньше былъ много толще и во время эрекціи причинялъ нѣкоторую болѣзненность, но затѣмъ, съ теченіемъ времени, мало-по-малу все уменьшаясь, достигъ описанныхъ размѣровъ. Снурочекъ начинается вблизи шейки, идетъ затѣмъ въ подкожной клѣтчаткѣ dorsi до лобка и незамѣтно теряется въ жирной клѣтчаткѣ послѣдняго. Въ пахахъ твердые и увеличенные железы. На кожѣ туловища пигментированныя пятна бывшаго папулёзнаго сифилида. Съ согласія больнаго вырѣзанъ небольшой кусочекъ снурка.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Среди волокнистой соединительной ткани проходитъ довольно толстый сосудъ, съ рѣзко очерченной мышечной оболочкой, въ которой гладкіе мышечные элементы идутъ продольно, косвенно и поперечно къ длиннику сосуда. Подобное строеніе muscularis позволяетъ намъ принять описываемый сосудъ за вену.

Intima ея неравномѣрно толста и въ формѣ лопастей вдается въ просвѣтъ, вслѣдствіе чего послѣдній пріобрѣтаетъ крайне разнообразную форму. Ткань ея состоитъ изъ молодыхъ волокнистыхъ соединительно-тканныхъ пучковъ, въ которые заложены сильно-съуженные сосуды.

Просвѣтъ вены вездѣ проходимъ и окруженъ эндотеліальными клѣтками. Muscularis и adventitia почти безъ измѣненій, только кое-гдѣ мѣстами встрѣчаются грануляціонные элементы.

Окружающая ткань имѣетъ характеръ грубо-волокнистыхъ пучковъ, среди которыхъ проходятъ молодыя соединительно-тканныя волокна. Описанная картина представляетъ уже нѣкоторую законченность процесса въ ткани канатика.

Просвѣтъ сосуда сталъ проходимъ; клѣточные инфильтраты оболочекъ сосуда и окружающей его ткани частью распались, частью перешли въ пучки молодой соединительной ткани, благодаря чему канатикъ дѣлается едва доступнымъ прощупыванію, выражаясь нѣкоторою сравнительною плотностью.

Комбинируя найденныя нами измѣненія въ ткани канатика, мы видимъ, что во всѣхъ изслѣдованныхъ нами случаяхъ,

мы имѣли различныя стадіи развитія и исходъ эндофлебита; въ окружающей же сосудъ ткани—хронически протекающее воспаленіе, выражающееся клѣточковой инфильтраціей съ переходомъ послѣднихъ въ молодые, полузрѣлые элементы соединительной ткани.

Вопросъ о вліяніи сифилиса на заболѣваніе кровеносной системы доказывается въ настоящее время массой несомнѣнныхъ и убѣдительныхъ фактовъ. Уже Ambroise Paré находилъ зависимость между аневризмой и сифилисомъ. Lancisi приводитъ клиническое наблюденіе, въ которомъ меркуріальная терапія обусловливала окончательное исчезновеніе аневризмы. Morgagni трактуетъ о заболѣваніи при сифилисѣ мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ. Рядъ послѣдующихъ работъ Вирхова [1]), Лансеро [2]), Цейсля [3]), Oedmanson [4]), Гейбнера [5]), Баумгартена [6]) etc., прочно устанавливаютъ фактъ этіологической зависимости заболѣванія сосудовъ отъ сифилитической дискразіи. Но насколько богата литература казуистическимъ матеріаломъ измѣненія артерій при сифилисѣ, настолько мало намъ извѣстно о заболѣваніи, при тѣхъ же условіяхъ, венъ. Лансеро [7]), напримѣръ, въ своемъ „Traité d'anatomie pathologique" говоритъ: „La syphilis, qui localise spécialement ses effets sur le système lymphatique, affecte peu la système veineux, aussi la phlébite syphilitique est-elle une affection des plus rares". Въ самомъ ли дѣлѣ сифилисъ, проявляя такое пагубное вліяніе на артеріальные сосуды, только въ рѣдкихъ случаяхъ поражаетъ вены? Или, быть можетъ, это происходитъ только отъ недостаточнаго количества изслѣдованій, произведенныхъ въ этомъ направленіи. Послѣднее, надо думать, всего вѣроятнѣе. Лангенбекъ [8]), по крайней мѣрѣ, въ подтвержденіе этого приводитъ нѣсколько примѣровъ изъ своей практики. Почтенный хирургъ говоритъ: „An den Venen scheinen Gummigeschwülste von grösserem Umfange bis jetzt nicht beobachtet zu sein, und auch von der diffusen gum-

---

[1]) Gesch Wülste. Bd. II.

[2]) Gaz. des hôpit. 1876.

[3]) Wiener med. Blätter. 1879.

[4]) Virchow's u. Hirsch's Jahresber. 1869.

[5]) „Die luetische Erkrankung der Hirnarterien". Leipzig, 1874.

[6]) Arch. d. Heilkunde. 1875.

[7]) Lancereau. Traité d'anatomie pathologique. 2 томъ 1879—1881.

[8]) Langenbeck. Arch. f. klinische Chirurgie. 1881.

mösen Phlebitis liegen nur wenige Beobachtungen vor, was um so mehr auffallen kann, als die Venen doch weit mehr obliterirenden Entzündungen unterworfen sind, wie die Arterien". Въ одномъ случаѣ опухоль, признанная за ракъ и вырѣзанная, оказалась гумматомъ, развившимся въ стѣнкѣ венъ.

„Экстирпированная опухоль, — говоритъ Лангенбекъ, на разрѣзѣ представляла плотную, съ бѣднымъ содержаніемъ сосудовъ ткань желтовато-сѣраго цвѣта. При давленіи не удавалось выжать изъ нея жидкости. Венныя оболочки еще замѣтно распознаются, но онѣ сдѣлались до того ломкими, что, при малѣйшей попыткѣ отдѣлить отъ нихъ опухоль, крайне легко разрываются. Кромѣ того, констатируется совершенно обезцвѣченный тромбъ, приставшій къ подлежащей ткани и тѣсно сросшійся съ венной оболочкой".

Въ другомъ случаѣ Лангенбекъ вылущилъ опухоль изъ паховой области, которая оказалась гумматомъ v. femoralis; „оболочки были ломки, дряблы, въ просвѣтѣ лежалъ обезцвѣченный тромбъ".

Edward Healem Greenchow [1]), наблюдая больного съ гумматами икроножныхъ мышцъ, видѣлъ у него сифилитическое воспаленіе поверхностныхъ венъ обѣихъ конечностей. Клинически это выражалось въ формѣ болѣзненныхъ, плотныхъ снурковъ, идущихъ съ голени вверхъ по бедру къ паховымъ железамъ, которыя были рѣзко увеличены. Подъ специфическимъ лѣченіемъ всѣ явленія исчезли.

Schuppel [2]) приводитъ три случая гуммознаго измѣненія v. portae у новорожденныхъ. Двое изъ нихъ преждевременно рождены несомнѣнно сифилитическими матерями и умерли въ первые дни рожденія.

Vena portae при входѣ въ печень представляла снурокъ въ 1 ctm. толщины, съ рѣзко съуженнымъ просвѣтомъ, едва доступнымъ для проведенія щетинки. Окружающая ткань тоже была измѣнена.

„Die um das Lumen zunächst liegende Gewebsschicht ist graugelb, trocken, opak, darauf folgt blasses, graues, saftiges etwas transparantes Gewebe, das ohne scharfe Grenze in das Lebergewebe übergeht. Die mikroskopische Untersuchung zeigt

---

1) Edward Healem Greenhow. Transact. of the clin. Soc. 1873.

2) Schuppel. Arch. f. Heilkunde. 1870.

das Lebergewebe in Umstande der diffusen, syphilimatösen Infiltration, die Stelle des Pfortader und ihrer Hauptäste einnehmenden Stränge bestehen aus fibrosem Gewebe".

Весьма интересно сообщеніе Carl Huber'а [1]) о диффузномъ endoartherit'ѣ и endophlebit'ѣ съ характеромъ омѣлотворенія сосудовъ. У проститутки, черезъ шесть мѣсяцевъ послѣ зараженія сифилисомъ, сталъ появляться отекъ ногъ, перешедшій затѣмъ въ водянку всего тѣла. Моча сдѣлалась мутною, содержала бѣлокъ, періодически цилиндры. Вскорѣ наступила слабая дѣятельность сердца и смерть.

Вскрытіе показало амилоидъ паренхиматозныхъ органовъ и обширное пораженіе сосудовъ. Верхняя $^1/_3$ аорты была нормальна, но начиная отсюда на интимѣ замѣчались маленькія утолщенія, величиною не больше чечевичнаго зерна въ 2 и 3 mm. въ поперечникѣ, бѣлаго и желтаго цвѣта. Бляшки въ началѣ были разбросаны, но на дальнѣйшемъ протяженіи сосуда располагались все болѣе и болѣе тѣсными кучками, помѣщаясь преимущественно въ мѣстахъ отхожденія сосудовъ. Въ верхнихъ частяхъ ar. cruralis фокусы эти становились плотными, известковыми. Мѣстами утолщенія сливались въ массы, выдававшіяся по направленію къ просвѣту.

Мелкія мышечныя артеріи представлялись превращенными въ известковыя трубки съ небольшими, отчасти полными, отчасти неполными эктазіями. Просвѣтъ сосудовъ во многихъ мѣстахъ, благодаря тромботическимъ отложеніямъ, сдѣлался почти непроходимъ. Подобныя утолщенія intimae находились и въ большихъ венахъ верхнихъ и нижнихъ конечностей; въ легочныхъ артеріяхъ измѣненія интимы были выражены въ наиболѣе рѣзкой степени. Стволъ v. portae на ограниченныхъ пространствахъ представлялъ подобныя же утолщенія. Известковыя отложенія замѣчались и въ венозныхъ сосудахъ, рѣзче выражаясь въ стѣнкахъ мелкихъ венъ.

Микроскопическое изслѣдованіе утолщенныхъ мѣстъ показало инфильтрацію интимы круглыми и овальными клѣтками, которыя въ пожелтѣвшихъ мѣстахъ перешли въ жировой и некротическій распадъ. Эндотелій не измѣненъ. Muscularis инфильтрирована круглоклѣточными элементами только въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ всего рѣзче выражено утолщеніе стѣнки сосуда;

---

[1]) Carl Huber. Virch. Arch. 1880.

adventitia почти безъ измѣненія, кое-гдѣ только встрѣчаются круглоклѣточныя скопленія.

Въ процессѣ омѣлотворенія наибольшему измѣненію подверглась опять-таки интима, которая сильно расширена и превращена мѣстами въ вполнѣ лишенную структуры бѣлоснѣжную массу, рѣзко ограниченную мышечнымъ слоемъ. Послѣдняя сдавлена и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ элементы ея тоже пропитаны известковыми солями. Adventitia мало измѣнена.

Лангъ [1]) въ своей амбулаторіи видѣлъ случай двухсторонняго phlebitis v. saphen'ы, развившагося у больного на шестомъ мѣсяцѣ отъ начала инфекціи.

На-ряду съ слизистыми бляшками зѣва, рецидивной розеолой и psoriasis palmaris, у больного появились плотные, мѣстами узловатые, съ гусиное перо толщиною снурки, идущіе въ подкожной клѣтчаткѣ съ голени на бедро до fossa ovalis. Меркуріальная терапія обусловила окончательное исчезновеніе снурковъ.

Oedmanson [2]) и Winkel [3]), изслѣдовавшіе кости у мертворожденныхъ, сифилитическихъ плодовъ, находили, между прочимъ, одновременное измѣненіе пупочной вены, въ смыслѣ стеноза, что, по мнѣнію ихъ, служило причиной внутриутробной смерти плода. Характеръ измѣненія вены, говоритъ Oedmanson, нужно отнести къ атероматозному процессу.

Birch-Hirschfeld [4]), при тѣхъ же условіяхъ изслѣдовавшій пупочную вену, считаетъ это измѣненіе, sui generis, присущей только сифилитической дискразіи, нисколько не похожей на атероматозный процессъ.

„Въ утолщенной интимѣ, — говоритъ авторъ, мѣстами видны обильныя, круглыя и веретенообразныя клѣточныя скопленія, мѣстами ткань принимала рѣзко-волокнистый характеръ. Въ adventitia, соотвѣтственно утолщенію интимы, встрѣчались кое-гдѣ лимфоидныя клѣтки. Жирового перерожденія или омѣлотворенія нигдѣ не наблюдалось. Пупочныя артеріи претерпѣваютъ подобныя же измѣненія“.

Изъ приведенныхъ данныхъ достаточно ясно, что венозная

---

[1]) Лангъ. Лекціи по патол. и терап. сифилиса, пер. съ нѣм. д-ра Фейнберга. 1885 г.

[2]) Virch. u. Hirsch's Jahresber. 1869.

[3]) Berichte und Studien aus d. Kgl. sächs. Entbindunginst. 1874.

[4]) Birch-Hirschfeld. Arch. f. Heilkunde. 1875.

система страдаетъ въ такой же степени, какъ и артеріальные сосуды.

По поводу самаго измѣненія, которое вносится сифилисомъ въ кровеносные сосуды, въ литературѣ существуютъ далеко несогласныя мнѣнія. Одни,—Гейбнеръ, Бирхъ-Гиршфельдъ и др. —считаютъ интиму сосуда начальнымъ фокусомъ пораженія, на счетъ разращенія которой происходитъ утолщеніе стѣнки и затѣмъ полная облитерація сосуда. Другіе же,—Лансеро, Баумгартенъ,—въ измѣненіи adventitia видятъ начало процесса и что утолщеніе интимы присоединяется въ качествѣ послѣдовательнаго явленія.

Во всякомъ случаѣ, при современномъ состояніи нашихъ знаній о вліяніи сифилиса на сосудистую систему, мы не можемъ еще опредѣленно сказать, *какія именно* измѣненія происходятъ только при сифилисѣ.

„Въ частныхъ случаяхъ,—говоритъ Циглеръ [1]), слѣдуетъ вообще обращать бо̀льшее вниманіе не столько на микроскопическія, сколько на макроскопическія отношенія. Надежную точку опоры для діагноза даетъ присутствіе и другихъ сифилитическихъ, фокусныхъ заболѣваній“.

Гистологическихъ критеріевъ для рѣшенія вопроса еще не существуетъ.

Заканчивая наше изложеніе, мы позволяемъ себѣ сдѣлать нижеслѣдующіе выводы:

1) Въ прощупываемомъ, при первичномъ склерозѣ, снуркѣ нельзя никоимъ образомъ считать воспаленіе одного лимфатическаго сосуда.

2) Снурокъ представляетъ сумму измѣненій, какъ подкожной вены, такъ и окружающей ее клѣтчатки.

3) Характеръ процесса въ снуркѣ аналогиченъ процессу начальнаго склероза въ томъ смыслѣ, что въ новообразованномъ клѣточномъ инфильтратѣ ткани снурка замѣчается та же наклонность къ переходу въ молодые полузрѣлые элементы соединительной ткани.

4) Это есть endo- и peryphlebitis syphilitica.

5) Снурокъ служитъ выраженіемъ самаго ранняго заболѣванія кровеносной системы у субъектовъ, заболѣвшихъ сифилисомъ.

---

[1]) Циглеръ. Руководство къ патологической анатоміи, пер. съ нѣм. доктора Вербицкаго. 1886 г.

6) Измѣнчивая толщина снурковъ, однихъ и тѣхъ же стадій развитій, зависитъ отъ бо̀льшаго или меньшаго участія въ процессѣ какъ сосудовъ, подкожныхъ венъ, такъ и окружающей ихъ клѣтчатки.

Микроскопическіе препараты были демонстрированы проф. Н. П. Ивановскому, В. М. Тарновскому и приватъ-доценту Н. В. Ускову.

Въ заключеніе приношу мою искреннюю признательность проф. В. М. Тарновскому, какъ за предложенную тему, такъ и за то образованіе, которое я получилъ состоя ординаторомъ его клиники.

Считаю пріятнымъ долгомъ выразить глубокую благодарность доценту Н. В. Ускову за тѣ драгоцѣнные совѣты, которыми пользуются всѣ работающіе подъ его руководствомъ.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Препараты бромистой хины при внутреннемъ употребленіи быстро прекращаютъ явленіе іодизма.

2) Старческій возрастъ противопоказуетъ впрыскиваніе большихъ дозъ нерастворимыхъ и растворимыхъ препаратовъ ртути.

3) Въ начальныхъ явленіяхъ сифилиса неумѣстно съ терапевтической цѣлью назначеніе сѣрныхъ минеральныхъ водъ [1]).

4) Какія бы то ни было спринцованія уретры, въ остромъ періодѣ уретрита, безусловно вредно вліяютъ на процессъ.

5) Хризоробинъ—одно изъ лучшихъ современныхъ лѣчебныхъ средствъ psoriasis vulgaris.

6) Іодистые препараты способствуютъ наиболѣе быстрому удаленію ртути изъ организма.

---

[1]) См. Дневникъ 3-го съѣзда Общества русскихъ врачей въ память Пирогова, 1888 г., докладъ автора: „О неблагопріятномъ вліяніи Пятигорскихъ сѣрныхъ ваннъ на нѣкоторыя формы сифилиса вторичнаго періода“.

CURRICULUM VITAE.

Сергѣй Яковлевичъ Кульневъ, потомственный дворянинъ, родился въ городѣ Псковѣ 26-го мая 1858 года. Воспитывался въ Императорскомъ Гатчинскомъ Николаевскомъ Сиротскомъ Институтѣ, гдѣ окончилъ курсъ въ 1877 году. Въ томъ же году, выдержавъ вступительный экзаменъ въ Императорскомъ С.-Петербургскомъ Университетѣ, поступилъ на естественное отдѣленіе Физико-математическаго факультета. Въ слѣдующемъ 1878 году перешелъ въ Императорскую Медико-Хирургическую Академію, въ которой, въ 1883 году, окончилъ курсъ съ званіемъ лекаря. Въ 1884 году, состоя ординаторомъ клиники проф. Тарновскаго, выдержалъ экзамены на степень доктора медицины. Въ 1886 году исполнялъ обязанности штатнаго ординатора на Сифилитическомъ отдѣленіи Александровской городской, въ память 1863 года, больницѣ. Состоитъ членомъ Русскаго Сифилодологическаго и Дерматологическаго общества, въ которомъ, въ 1887 году, демонстрировалъ препаратъ гуммознаго измѣненія печени, а въ 1889 году— препараты предмета своей диссертаціи. Въ январѣ 1889 г., на 3-мъ съѣздѣ Общества Русскихъ врачей въ память Пирогова, сдѣлалъ сообщеніе: „О неблагопріятномъ вліяніи Пятигорскихъ сѣрныхъ ваннъ на нѣкоторыя формы сифилиса вторичнаго періода“.

ОБЪЯСНЕНІЕ РИСУНКОВЪ.

Случай 1, (таб. 1).

A—тромбъ, B—гіалиново-перерожденный эндотелій. C и D—intima, E—muscularis, G—adventitia, H—поперечное сѣченіе нервнаго пучка, K—косвенный разрѣзъ мышечныхъ волоконъ.

Ф. 1 и 2.

L—лимфатическій сосудъ; V—vena subcutanea penis.

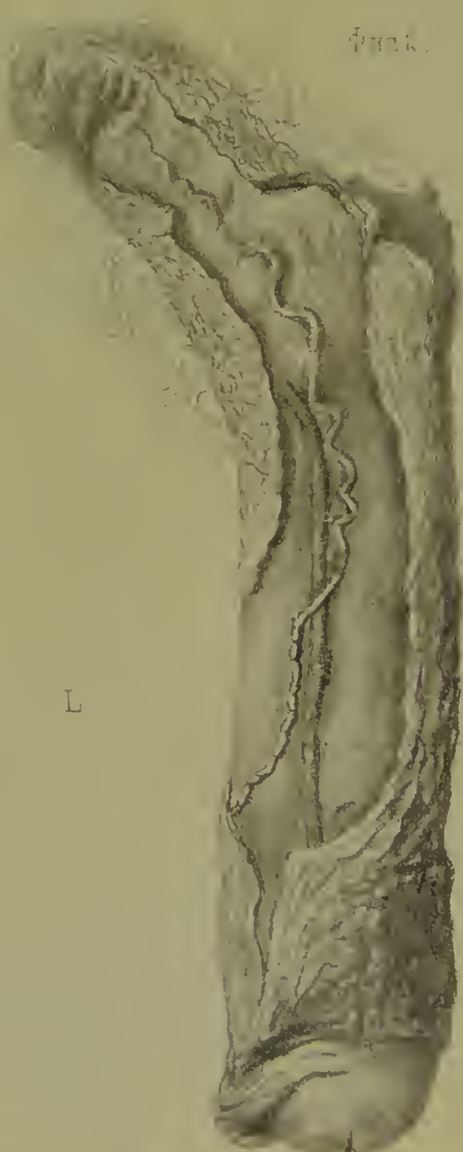
1ый случай.

G
E
D
H
C
B
A
B
C
K
D
E
G

Фиг. 1



Фиг. 2



Лит. Ш. Ивансонъ Пет. ст.


ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 NOV 92
LIBRARY

3й случай

